

2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números **E1** e **E110**, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.

Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.

8. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advírtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto **NON** poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: www.sergas.es, logo de finalizados os tempos de exame. Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

***LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO***

EXAME EN GALEGO

1. Paciente de 65 anos, fumador, cunha masa de 4 cm de diámetro maior, de localización hiliar no pulmón esquerdo. A broncoscopia detecta unha masa endobronquial no bronquio da pirámide basal e que afecta tamén á separación do bronquio lobar superior. No estudo de extensión non se evidencia ningunha metástase a distancia. Non hai evidencia de adenopatías mediastínicas. Proponse a realización dunha neumonectomía. A espirometría amosa un valor de FEV₁ de 1670 ml (59%). De entre as seguintes actitudes, cal sería a mellor a seguir neste paciente segundo as Guías de Práctica Clínica NCCN de 2018?:

- A) Realizar a determinación do consumo de osíxeno e unha gammagrafía de ventilación/perfusión.
- B) Contraindicar a cirurxía pola extensión local da enfermidade.
- C) Realizar unha gammagrafía ósea.
- D) Realizar unha proba de walking test.

2. En canto á enfermidade por *M. tuberculosis complex*, é CERTO que:

- A) En pacientes con Meninxite TB poderíase utilizar tratamento adxuvante con corticoides sistémicos (DXM ou Prednisolona) durante 6–8 semanas.
- B) En países con alta incidencia de enfermidade TB é recomendable iniciar terapia empírica con 3 fármacos en espera do test de sensibilidade farmacolóxica.
- C) A administración dun tratamento directamente observado para enfermidade TB, é preferible que sexa feito por familiares conviventes aínda sen adestramento en coidados sanitarios antes que por persoal sanitario.
- D) Para un tratamento inicial de TB, e en caso de sensibilidade coñecida a todos os fármacos de primeira liña e aínda en ausencia de efectos adversos documentados, non é preciso prolongar a inclusión de Rifampicina no esquema terapéutico durante a fase de mantemento.

3. Segundo a Normativa ATS/JRS/ALAT 2020 para o Diagnóstico de Pneumonite por Hipersensibilidade (NH), nun paciente con exposición demostrada a axente potencialmente causal, con achados en TACAR pulmonar típicos para NH, BAL con linfocitose e BTB con histopatoloxía indeterminada, con qué probabilidade podemos establecer o diagnóstico de NH?:

- A) Moderada probabilidade.
- B) Baixa probabilidade.
- C) Definitivo.
- D) Alta probabilidade.

4. Na nosa consulta de cancro de pulmón temos un paciente no cal o tratamento cirúrxico indicado é unha lobectomía. En cal dos seguintes supostos estaría indicada a realización dunha proba de baixa tecnoloxía (test da marcha) para avaliar a capacidade de exercicio do noso paciente (segundo as Recomendacións SEPAR de diagnóstico e tratamento do cancro de pulmón de células non pequenas de 2016)?:

- A) Se o valor do FEV₁ postoperatorio previsto ou o valor da DLCO postoperatoria prevista están por debaixo do 60% pero por riba do 30%.
- B) Se o valor do FEV₁ postoperatorio previsto é maior ao 60% e o valor da DLCO postoperatoria prevista están por debaixo do 30%.
- C) Se o valor do FEV₁ postoperatorio previsto ou o valor da DLCO prevista son menores do 30%.
- D) Se o valor do FEV₁ postoperatorio previsto e o valor da DLCO postoperatoria prevista son maiores ao 60%.

5. Para o tratamento con alfa-1-antitripsina (A1AT) intravenosa nos pacientes con Déficit de A1AT, deben cumprirse unha serie de criterios. Cal dos seguintes NON se inclúe entre eses criterios necesarios?:

- A) Pacientes con Déficit de A1AT grave, demostrado por concentracións séricas menor ou igual a 11 μ M (60 mg/dl) de A1AT.
- B) Non fumadores ou exfumadores polo menos durante os últimos 6 meses.
- C) Enfisema pulmonar demostrado por probas de función pulmonar e/ou TACAR de tórax.
- D) Que non presenten un déficit de inmunoglobulina G.

6. Cal das seguintes NON é unha contraindicación relativa para a realización dunha toracocentese?:

- A) Coagulopatía non controlada.
- B) Infección cutánea no punto de inserción da agulla.
- C) Existencia de pequena cantidade de derramo pleural (menos de 2 – 2,5 cm de espesor en ecografía).
- D) Pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva.

7. Segundo as Guías da Fleischner Society pulmonary nodule de 2017, como se debe de abordar o descubrimento dun nódulo pulmonar sólido de 7 mm nunha TAC torácica dun paciente exfumador cun consumo acumulado de 42 paquetes/ano?:

- A) Solicitar a realización dunha Tomografía por Emisión de Positrones (PET).
- B) Tanto se o paciente é de baixo coma de alto risco, debe facerse unha TAC aos 3, 6, 9 e 12 meses.
- C) Tomar en consideración a realización dunha TAC aos 6–12 meses, logo TAC aos 18–24 meses.
- D) Tomar en consideración a realización dunha TAC aos 12 meses, posteriormente non precisaría seguimento.

8. Respecto á broncoscopia ríxida, sinale a afirmación INCORRECTA:

- A) Entre as súas principais indicacións destaca a maior seguridade no control dunha hemoptise e na extracción de corpos estraños.
- B) Entre as súas posibles complicacións atópanse a perforación traqueobronquial ou a lesión de cordas vocais.
- C) Son contraindicacións para esta técnica a imposibilidade para a apertura bucal ou para a hiperextensión do pescozo.
- D) Non permite a colocación de próteses endotraqueais, que debe realizarse mediante broncoscopia flexible.

9. Segundo o Sumario de recomendacións SEPAR para o uso da ventilación non invasiva e terapia de alto fluxo do 2021, cal das seguintes afirmacións en relación coa terapia de alto fluxo con cánulas nasais é FALSA?:

- A) Recoméndase o uso rutineiro da terapia de alto fluxo con cánulas nasais para previr a reintubación en pacientes sen hipercapnia e con alto risco de reintubación, sen necesidade de combinación con ventilación mecánica non invasiva.
- B) Recoméndase a terapia de alto fluxo con cánulas nasais como primeira técnica de soporte respiratorio non invasivo en pacientes con pneumonía grave e/ou síndrome de distrés respiratorio agudo, fronte á oxigenoterapia e ventilación mecánica non invasiva en pacientes sen indicación directa de intubación orotraqueal.
- C) O obxectivo de programación da terapia de alto fluxo con cánulas nasais no adulto considérase arredor dos 45–50 L/min de fluxo. En canto á oxigenación, debe programarse unha FiO₂ mínima para manter a Sat. O₂ arredor de 93–94% (88–89% se presenta unha enfermidade pulmonar crónica asociada).
- D) O índice ROX maior ou igual a 4.88 asóciase a maior probabilidade de éxito no tratamento dun paciente.

10. A insuficiencia respiratoria defínese coma unha incapacidade do pulmón para osixenar de forma adecuada o sangue arterial e/ou evitar un incremento patolóxico dos niveis de CO₂. Existen diferentes mecanismos fisiopatolóxicos que a producen, tanto extrapulmonares coma intrapulmonares. Dos seguintes, cal NON sería un mecanismo intrapulmonar?:

- A) Baixo gasto cardíaco.
- B) Hipoventilación.
- C) Aumento da demanda de osíxeno.
- D) Alteracións da ventilación/perfusión.

11. Paciente home de 45 anos, traballador da construción, fumador activo, sen ningún outro antecedente de interese, que acode a Urgencias por dispnea de inicio brusco e dor pleurítica esquerda. Na radiografía de tórax que se lle realiza presenta un pneumotórax esquerdo completo. Cal será a actitude para seguir a continuación?:

- A) Se o paciente está estable, observación hospitalaria.
- B) Colocación dunha drenaxe torácica.
- C) Tratamento cirúrxico mediante videotoracoscopia.
- D) Ingreso en UCI dado o alto risco de mortalidade nestes casos.

12. En canto á proposta de algoritmo diagnóstico da fibrose pulmonar idiopática (FPI), sinala a resposta INCORRECTA (Documento Fibrose pulmonar idiopática e fibrose pulmonar progresiva. ATS/ERS 2022):

- A) Pacientes con patrón radiolóxico de probable NIU en adecuado contexto clínico poden chegar a un diagnóstico de certeza de FPI tras un ditame favorable do comité multidisciplinar.
- B) O lavado broncoalveolar debe realizarse en todos os casos que non teñan patrón de probable NIU.
- C) A criobiopsia pulmonar transbronquial está incluída no algoritmo diagnóstico para a súa realización en casos determinados e centros con experiencia.
- D) A biopsia pulmonar cirúrxica pode estar xustificada nalgúns pacientes nos que non se alcanzou o diagnóstico coa criobiopsia transbronquial.

13. Acode á nosa consulta unha paciente muller de 67 anos por tos e sospeita de perda de peso. Na TAC torácica obsérvanse nódulos pulmonares múltiples non calcificados de menos de 6 mm. A paciente non presenta unha infección pulmonar activa nin tampouco un antecedente de enfermidade oncolóxica coñecida. Segundo as Guías Fleischner Society pulmonary nodule recommendations de 2017, cal sería a abordaxe adecuada?:

- A) TAC aos 12 meses se é unha paciente de baixo risco. Se é de alto risco TAC aos 3 meses.
- B) Sendo unha paciente de baixo risco, non se require facer un seguemento rutineiro.
- C) Se é unha paciente de baixo risco, TAC aos 6 meses.
- D) Se é unha paciente de alto risco, TAC aos 3 meses.

14. En relación coa pneumonía intrahospitalaria (NIH) e a pneumonía asociada ao ventilador (NAV), sinala a resposta INCORRECTA (Normativa SEPAR. Actualización 2020):

- A) Existen medidas de prevención efectivas no caso da NIH.
- B) A NAV pode desenvolverse en pacientes que reciben máis de 48 horas de ventilación mecánica.
- C) Os axentes causais máis comúns inclúen a Pseudomonas aeruginosa e Acinetobacter baumannii, entre outros.
- D) A NAV presenta menor taxa de diagnóstico etiolóxico (20%) con respecto á NIH.

15. En canto á actualización das pneumonías intersticiais idiopáticas (ATS/ERS 2013), indique cal das seguintes se inclúe no grupo de "entidades raras":

- A) Pneumonía organizada criptoxénica.
- B) Pneumonía intersticial linfoide idiopática.
- C) Pneumonía intersticial aguda.
- D) Pneumonía intersticial non específica idiopática.

16. Sinala a resposta CORRECTA en relación aos tratamentos biolóxicos de acordo á Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3):

- A) O Dupilumab está indicado en pacientes con asma grave e marcadores T2 (eosinófilos maiores a 300 cél/mm³ ou FeNO menor de 15 ppb).
- B) En pacientes con valores maiores ou iguais a 400 eosinófilos/mm³ e unha exacerbación (ou máis) no ano anterior observouse unha redución do 54% do número de exacerbacións asmáticas ao tratalos con Reslizumab.
- C) O Mepolizumab pódese administrar por vía intravenosa en dose de 3 mg/Kg de peso cada 4 semanas nas 3 primeiras doses e posteriormente cada 8 semanas.
- D) O Benralizumab bloquea selectivamente a subunidade alfa do receptor da IL-4, o cal causa depleción de eosinófilos e basófilos pola acción citotóxica directa dos reticulocitos.

17. Segundo a Guía española para o manexo da asma (GEMA 5.3), sinala dos seguintes enunciados a opción VERDADEIRA:

- A) A proba diagnóstica na asma inducida polo exercicio é a caída do FEV₁ por encima do 20% con respecto ao valor previo, medido 30 minutos despois do exercicio e comparada co FEV₁ previo.
- B) O diagnóstico da obstrución larínxea inducible (OLI), debe exporse tras a sospeita clínica e confirmarse mediante vídeo-fibroscopia larínxea.
- C) A IgG específica contra *A. fumigatus* está presente no 25–35% dos pacientes con ABPA.
- D) O Mepolizumab non está aprobado como tratamento na síndrome hipereosinofílica idiopática.

18. Dos procedementos diagnósticos básicos realizados mediante broncoscopia flexible, cal se considera que ten maior probabilidade de complicación en forma de sangrado ou pneumotórax?:

- A) Biopsia pulmonar transbronquial.
- B) Punción cega transbronquial.
- C) Biopsia endobronquial.
- D) Lavado broncoalveolar.

19. Segundo a normativa SEPAR 2020 sobre pneumonía adquirida na comunidade, en canto ao estudo etiolóxico da pneumonía comunitaria, sinala a resposta INCORRECTA:

- A) O antíxeno urinario da *Legionella* pode ser falso positivo nas primeiras fases da pneumonía.
- B) A tinguadura de Gram de esputo é unha técnica con baixa especificidade diagnóstica.
- C) O antíxeno urinario do pneumococo pode ser falso positivo en casos de pacientes vacinados recentemente.
- D) A seroloxía de bacterias atípicas non é útil no manexo clínico do paciente.

20. De acordo coa Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3), cales das seguintes características teñen en común a bronquite eosinofílica e a asma?:

- A) Boa resposta aos glicocorticoides e aos broncodilatadores.
- B) Hiperreactividade bronquial da vía aérea.
- C) Só tose.
- D) Boa resposta aos glicocorticoides e presenza de tose.

21. Paciente con infección VIH, con recuento CD4 100–200/microlitro, con diagnóstico de pneumonía. Cal dos seguintes axentes causais é MENOS probable atopar?:

- A) Pneumocystis jirovecii.
- B) Mycobacterium tuberculosis.
- C) Toxoplasma gondii.
- D) Criptococo neoformans.

22. Varón de 34 anos, IMC= 31, bombeiro con quenda rotatoria de traballo incluíndo nocturna, valorado en AP por sospeita de AOS por ronquidos e sensación de sono non reparador, con STOPBANG= 2 (S+G) e somnolencia significativa medida mediante Escala de Epworth= 14 que non mellora nos períodos vacacionais. Realízase PGR nocturna domiciliaria onde se obxectiva IAH= 12. Segundo o Algoritmo proposto para o diagnóstico de pacientes con sospeita de AOS a nivel especializado no Documento Internacional de Consenso sobre AOS 2021, sinala a actitude MÁIS CORRECTA a seguir neste caso:

- A) Confirmar o resultado do estudo domiciliario cunha PSG nocturna vixiada en ámbito hospitalario.
- B) Determinar a presenza de AOS clinicamente non relevante e derivar novamente a AP.
- C) Determinar a presenza de AOS clinicamente non relevante, pero derivar a consulta de Endocrinoloxía para control da obesidade.
- D) Determinar a presenza de posible AOS clinicamente relevante e acordar co paciente a necesidade de establecer un plan terapéutico, incluíndo, ademais do control da obesidade, a posibilidade de ensaio terapéutico con CPAP nocturna e nova avaliación a curto prazo.

23. Cal dos seguintes patróns radiolóxicos NON se inclúe no dominio morfolóxico da pneumonía intersticial con características autoinmunes–IPAF (documento de posicionamento ERS/ATS de 2015):

- A) Pneumonía intersticial linfoide (NIL).
- B) Pneumonía organizativa (NO).
- C) Pneumonía intersticial usual (NIU).
- D) Pneumonía intersticial non específica (NINE).

24. Muller de 64 anos, con derramo pleural maligno secundario a cancro de pulmón metastásico. Realízase unha toracocentese evacuadora, tras a que se consegue alivio da dispnea, pero non se produce reexpansión pulmonar. Cal das seguintes opcións de tratamento posterior NON sería adecuada?:

- A) Coidados paliativos, se a expectativa de vida é menor de 1 mes.
- B) Toracocenteses evacuadoras, se a expectativa de vida é menor de 1 mes.
- C) Catéter pleural tunelizado se a expectativa de vida é maior de 1 mes.
- D) Pleurodese por videotoracosopia, como tratamento definitivo, independentemente da expectativa de vida.

25. A monitorización da interacción entre o paciente e o ventilador é parte do coidado integral do enfermo ventilado. A observación do paciente e das curvas de ventilación permite valorar a sincronía entre ambos e evitar asincronías. Con relación ás mesmas, indique cal das seguintes afirmacións é FALSA:

- A) As asincronías de fluxo ocorren cando o fluxo inspiratorio é insuficiente para satisfacer as demandas ventilatorias do paciente.
- B) As asincronías por ciclado son as máis frecuentes: ocorren cando o tempo inspiratorio do paciente é diferente ao tempo inspiratorio da máquina.
- C) A principal causa de asincronías en pacientes ventilados é a presenza de fugas.
- D) O autotrigger pode ser producido por fugas expiratorias, uso de nebulizacións ou por un limiar de trigger baixo.

26. Muller de 68 anos, nunca fumadora, con antecedente de tuberculose pulmonar en LSD con importantes lesións cicatriciais secundarias. A tratamento anticoagulante por FA permanente e controis de INR irregulares nas últimas semanas. Acode ao Servizo de Urxencias por esputos hemoptoicos de varios días de evolución. Cal das seguintes etioloxías considera que é MENOS probable?:

- A) Asperxiloma.
- B) Bronquiectasias sobreinfectadas.
- C) Insuficiencia mitral.
- D) Exceso de anticoagulación.

27. Sinale cal das seguintes afirmacións é FALSA con respecto ás indicacións de osixenoterapia na insuficiencia respiratoria crónica:

- A) En pacientes diagnosticados de EPOC con desaturación nocturna, non está claro o beneficio da osixenoterapia e o aumento da supervivencia ou o desenvolvemento de hipertensión pulmonar.
- B) En pacientes EPOC con hipoxemia moderada existe suficiente evidencia de que a osixenoterapia aumenta a supervivencia.
- C) A osixenoterapia en pacientes con fibrose quística non ten efectos en canto á mortalidade, hospitalizacións ou progresión da enfermidade.
- D) A osixenoterapia en pacientes con EPID está idicada ante hipoxemia grave en repouso (pO_2 menor de 60 mmHg) ou desaturación durante o exercicio.

28. Cal das seguintes NON se inclúe na escala PSI de predición de mortalidade da pneumonía?:

- A) Derramo pleural.
- B) Frecuencia respiratoria maior ou igual a 30 respiracións/minuto.
- C) Infiltrados radiolóxicos bilaterais.
- D) Presión arterial de O_2 menor a 60mmHg.

29. Segundo a Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3), sinale a resposta INCORRECTA en relación á Fracción Exhalada de Óxido Nítrico (FENO):

- A) Un valor normal de FENO permite excluír o diagnóstico de asma, especialmente nas persoas non atópicas.
- B) O valor de FENO pode alterarse por: toma recente de glicocorticoides sistémicos, inhalación de doses altas de glicocorticoides inhalados, o tabaquismo activo ou a idade.
- C) É un biomarcador non invasivo de inflamación bronquial do fenotipo inflamatorio alérxico T2.
- D) Nun paciente con asma grave de fenotipo alérxico e/ou eosinofílico que recibe un tratamento biolóxico, un valor elevado de FENO obríganos a revisar a técnica inhalatoria do paciente e o seu cumprimento terapéutico.

30. En relación cos dispositivos para administrar osixenoterapia de alto fluxo e segundo o Manual de SEPAR, sinala a afirmación INCORRECTA:

- A) A interface acóplase a unha tubuladura de conexión dotada dunha tecnoloxía que evita posibles condensacións no seu interior.
- B) O sistema incorpora como interface unha cánula nasal cun deseño que ofrece fluxos de ata 60 L/min, con tallaxe diferente tanto para pacientes adultos como pediátricos.
- C) Recoméndase usar auga destilada ou de lavado simple como fonte de humidificación.
- D) A regulación dos equipos de alto fluxo e humidificación activa non require programar a temperatura, pero si o fluxo e a FiO₂.

31. Sobre o manexo do hemotórax, seguindo as últimas recomendacións da SEPAR de derramo pleural, cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA?:

- A) A profilaxe antibiótica debe ser pautada en todos os pacientes con hemotórax.
- B) O tratamento dependerá da situación hemodinámica e respiratoria do paciente.
- C) A exploración cirúrxica está indicada en caso dun débito maior de 1500 ml en 24 horas e nos hemotórax retidos ou de mala evolución.
- D) En pacientes con elevado risco cirúrxico, pódese considerar o tratamento fibrinolítico nos hemotórax retidos.

32. A guía GesEPOC 2021 propón unha escala de control da EPOC, deseñada e validada para facilitar as decisións terapéuticas. Cal das seguintes variables NON está incluída nesta escala?:

- A) A cifra de eosinófilos en sangue periférico na última analítica.
- B) A cor do esputo nos últimos días.
- C) O tempo que paseou ao día na última semana.
- D) O número de veces que usou a medicación de rescate na última semana.

33. Paciente que acabamos de diagnosticar de EPOC, fumador activo. Refire dispnea só cando sobe costas ou escaleiras, e tose con expectoración matutina a diario. Na espirometría presenta un FEV₁ postbroncodilatador de 1420 ml, 46% respecto ao seu teórico. O único antecedente relevante é que hai 4 meses tivo unha infección respiratoria que precisou tratamento con antibiótico, corticoides orais e broncodilatadores por parte do seu médico de AP. Na última analítica tiña unha cifra de eosinófilos de 340 células/mm³. Segundo o algoritmo de tratamento de GesEPOC 2021, cal será o tratamento farmacolóxico inhalado inicial que debemos prescribir?:

- A) Un LAMA en monoterapia, por tratarse dun paciente de risco baixo.
- B) Unha combinación LAMA+LABA.
- C) Unha combinación LABA+ICS.
- D) Tripla terapia con LAMA+LABA+ICS.

34. En canto ás exacerbacións agudas da pneumonía intersticial idiopática, sinala a resposta CORRECTA:

- A) Unicamente se describiron en casos de fibrose pulmonar idiopática.
- B) Os achados anatomopatolóxicos adoitan mostrar un patrón mixto de pneumonía organizativa e dano alveolar difuso, pero sen presenza de focos fibroblásticos.
- C) Os achados radiolóxicos inclúen infiltrados en vidro deslustrado de novo e/ou consolidacións sobre un patrón reticular ou de panal.
- D) Non é necesario excluír un proceso infeccioso de forma rutineira.

35. Segundo a Normativa SEPAR 2020 de pneumonía adquirida na comunidade, cal dos seguintes antibióticos ofrece cobertura fronte a Pseudomonas aeruginosa?:

- A) Ceftalorina.
- B) Ceftobiprole.
- C) Omadaciclina.
- D) Lefamulina.

36. Varón de 78 anos, exfumador importante, que manifesta clínica de tose con expectoración hemoptoica de 4 semanas de evolución e febrícula vespertina. A radiografía de tórax amosa lesións nodulares inespecíficas en LSD, e tras someterse a estudo BFC, comunícase positividade para M. xenopi en cultivo de mostra BAS, e negatividade na mostra BAL. Cal é a actitude correcta a seguir segundo a Guía de Práctica Clínica ATS/ERS/ESCMID/IDSA 2020 para o tratamento de Micobacterias Non Tuberculosas?:

- A) Acordar co paciente, atendendo a criterios clínicos de risco-beneficio, o inicio do tratamento farmacolóxico con Azitromicina, Rifampicina e Etambutol.
- B) Repetir BFC para obter mostra histolóxica e corroborar a presenza de BAAR coa tinguidura adecuada.
- C) Iniciar terapia con Azitromicina, Rifampicina e Etambutol en calquera caso.
- D) É preciso obter polo menos outra mostra microbiolóxica positiva de calquera tipo (esputo, BAS ou BAL) antes de considerar o diagnóstico de Infección por M. xenopi como certo.

37. En canto á definición da hipertensión pulmonar (HP) baseada en parámetros hemodinámicos, unha HP poscapilar illada caracterízase por (Guías de diagnóstico e tratamento da hipertensión pulmonar ESC/ERS 2022):

- A) PAPm maior a 20 mmHg, PEP maior a 15 mmHg e RVP menor ou igual a 2 UW.
- B) PAPm maior a 20 mmHg, PEP menor ou igual a 15 mmHg e RVP maior a 2 UW.
- C) PAPm maior a 20 mmHg, PEP maior a 15 mmHg e RVP maior a 2 UW.
- D) PAPm maior a 20 mmHg, PEP maior ou igual a 40 mmHg e RVP menor ou igual a 2 UW.

38. Cal destes criterios clínicos NON se inclúen entre os que fan recomendable realizar unha TACAR de tórax para valorar a presenza de bronquiectasias en pacientes con EPOC?:

- A) Exacerbacións infecciosas frecuentes (2 exacerbacións ou máis que teñan requirido tratamento antibiótico oral ou alomenos 1 que requirise hospitalización ou tratamento antibiótico intravenoso).
- B) Expectoración mucopurulenta ou purulenta habitual.
- C) Illamentos repetidos de microorganismos potencialmente patóxenos, ou un único illamento de Pseudomonas aeruginosa.
- D) Antecedentes de infeccións respiratorias de repetición na infancia.

39. Cal dos seguintes criterios NON se inclúe na definición de fibrose pulmonar progresiva (Documento ATS/ERS 2022):

- A) Empeoramento de síntomas respiratorios.
- B) Deterioración do valor absoluto da FVC maior ou igual ao 10% nun ano.
- C) Aparición de infiltrados en vidro deslustrado de novo con bronquiectasias de tracción na proba de imaxe.
- D) Incremento da perda de volume na proba de imaxe.

40. Sinale a resposta CORRECTA sobre a aproximación diagnóstica da linfanxioleiomiomatose-LAM (Guías de Práctica Clínica da LAM da ATS/JRS de 2016):

- A) En pacientes con patrón TAC de tórax típico e demostración de anxiomiolipomas renais, pódese establecer un diagnóstico de certeza de LAM.
- B) Os quistes típicos de LAM son de parede grosa e distribución difusa.
- C) A determinación dos niveis de factor D de crecemento vascular endotelial (VEGF-D) non ten utilidade diagnóstica.
- D) Un diagnóstico de certeza precisa dunha confirmación histolóxica en todos os casos.

41. Con respecto á rinosinusite crónica (RSC), sinale a resposta INCORRECTA de acordo coa Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3):

- A) Os pacientes con RSC teñen un risco 3,5 veces superior de padecer asma.
- B) Autorízase na Unión Europea o uso do tratamento biolóxico con Dupilumab, Mepolizumab e Tezepelumab en pacientes con RSC con polipose nasal (RSCcPN) grave, nos que o tratamento farmacolóxico e/ou a cirurxía nasosinusal non conseguiu un control adecuado.
- C) Sería candidato a un tratamento biolóxico aquel paciente diagnosticado de RSCcPN bilateral grave intervido previamente mediante cirurxía endoscópica nasosinusal (CENS) e que ademais precisara 2 ou máis ciclos de glicocorticoides orais no último ano.
- D) O tratamento médico da RSCcPN baséase na utilización de glicocorticoides intranasais de forma continua e prolongada.

42. Cal das seguintes NON se inclúe na síndrome de Löfgren:

- A) Artrite.
- B) Uveite.
- C) Adenopatías hiliares bilaterais.
- D) Eritema nodoso.

43. En canto ao tratamento da enfermidade pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a artrite reumatoide (AR), sinale a resposta INCORRECTA (Documento de recomendacións SER-SEPAR para o manexo da EPID asociada a AR de 2022):

- A) Recoméndase un manexo terapéutico multidisciplinar.
- B) Pacientes AR en tratamento con Metotrexato durante máis dun ano aos que se lles diagnostica unha EPID, pode manterse o fármaco.
- C) Pacientes con AR e EPID que precisen tratamento biolóxico, recoméndase usar Abatacept ou Rituximab como opcións máis seguras.
- D) No subgrupo de pacientes EPID asociada a AR cun fenotipo fibrosante progresivo, recoméndase o uso de Nintedanib ou Pirfenidona mantendo o tratamento de base da AR.

44. En relación cos tratamentos biolóxicos na asma grave de difícil control, sinala a resposta CORRECTA de acordo coa Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3):

- A) O Dupilumab é un anticorpo monoclonal que se une ao receptor alfa da IL-4 e bloquea tanto a IL-4 como a IL-13.
- B) O Omalizumab é un anticorpo monoclonal bloqueante da IgE, aprobado só para maiores de 17 anos con asma alérxica.
- C) O Mepolizumab e o Reslizumab son anticorpos monoclonais anti IL-13. Ambos adminístranse por vía intravenosa.
- D) O Benralizumab é un anticorpo monoclonal que se une á subunidade alfa do receptor da IL-5, o cal impide que se active e induce a eliminación directa (por citotoxicidade celular mediada por anticorpos) de macrófagos e células polimorfonucleares.

45. Segundo a Guía española para o manexo da asma (GEMA 5.3), cal das seguintes afirmacións sobre a EREA ou enfermidade respiratoria exacerbada por antiinflamatorios non esteroideos (AINE) é CORRECTA?:

- A) Raramente se encontra asociada con rinosinusite.
- B) En casos de asma grave que ademais asocien rinosinusite crónica con pólipos nasais, é conveniente descartar unha EREA.
- C) Débese evitar a toma de ácido acetilsalicílico (AAS) ou outros AINE inhibidores da ciclooxixenasa-2 (COX-2).
- D) A evitación dos AINE resolve a asma e a polipose nasal.

46. Segundo as Guías de Práctica Clínica da Linfanxiomiomatose (LAM) da ATS/JRS de 2016, sinala a resposta CORRECTA:

- A) En pacientes con diagnóstico de LAM e función pulmonar alterada, recoméndase iniciar tratamento con inhibidores de mTOR.
- B) En pacientes con diagnóstico de LAM e desenvolvemento de derramo quiloso, recoméndase a colocación dunha drenaxe torácica como primeira opción terapéutica.
- C) O tratamento hormonal séguese recomendando como alternativa terapéutica de primeira liña.
- D) Suxírese o tratamento con Doxiciclina en casos seleccionados.

47. Se realizamos unha ecografía torácica a un paciente cun pulmón san, cal dos seguintes signos ecográficos NON observaremos?:

- A) Signo do morcego.
- B) Signo do código de barras.
- C) Signo do deslizamento pleural.
- D) Signo da beira de praia.

48. Segundo a actualización de 2020 para as Directrices da OMS sobre a prevención da Tuberculose, sinala cal dos seguintes esquemas farmacolóxicos NON se contempla como opción para o tratamento da ILTB (infección latente TB), independentemente do estado serolóxico respecto ao VIH:

- A) Isoniacida en monoterapia durante 6 meses.
- B) Rifampicina en monoterapia durante 4 meses.
- C) Isoniacida e Rifampicina en combinación durante 3 meses.
- D) Isoniacida en monoterapia durante 4 meses en caso de seroloxía VIH negativa.

49. Cal é o mellor predictor da necesidade de drenaxe no derramo pleural parapneumónico?:

- A) O valor da LDH en líquido pleural.
- B) O valor da glicosa en líquido pleural.
- C) A porcentaxe de polimorfonucleares maior de 85%.
- D) O valor do pH en líquido pleural.

50. Cal das seguintes afirmacións acerca das enfermidades malignas por exposición ao asbesto é CORRECTA?:

- A) O carcinoma epidermoide pulmonar, do mesmo xeito que o mesotelioma maligno, está recoñecido como enfermidade profesional segundo o RD 1299/2006 en texto consolidado.
- B) Dado que non existe un nivel mínimo seguro de exposición ao asbesto, nunca é necesario reflectir na historia clínica a intensidade da exposición á que o traballador se ve sometido durante a súa xornada laboral.
- C) En caso de exposición laboral demostrada ao asbesto, co achado nunha TAC torácica dunha masa pleural compatible e unha PET-TAC con captación moi suxestiva de lesión maligna, non son precisos máis estudos para establecer o diagnóstico definitivo de mesotelioma pleural.
- D) Nun paciente con exposición laboral demostrada ao asbesto, fumador, cun derramo pleural unilateral macroscopicamente serohemático, exudado con predominio mononuclear, con niveis de mesotelina en LP normais, descártase o mesotelioma como neoplasia maligna que orixina a presenza de derramo pleural.

51. Sobre a ecografía no manexo do derramo pleural, sinale a afirmación CORRECTA:

- A) A ecografía é unha técnica diagnóstica menos sensible que a radiografía simple para identificar un derramo pleural, pero ten a vantaxe de evitar a radiación ao paciente.
- B) O uso da ecografía permite cuantificar o derramo e orientar á posible etioloxía segundo a ecoxenicidade do líquido, existencia de septos ou nódulos/engrosamentos pleurais.
- C) Se o derramo é de pequena contía, a ecografía non permite diferenciar o líquido dun engrosamento pleural.
- D) A presenza do signo da "cor líquida" na ecografía con doppler realizada tras unha toracocentese é indicativo de que se produciu un hemotórax.

52. Respecto ás bases da ecografía torácica, sinale a afirmación INCORRECTA:

- A) A sonda lineal traballa con frecuencias baixas, e é a máis utilizada para a ecocardiografía transtorácica.
- B) A sonda convexa, a máis utilizada en ecografía torácica, traballa con frecuencias medias, e permite a visualización en profundidade do tórax, a pleura e estruturas máis superficiais.
- C) O modo M é de utilidade para o diagnóstico de pneumotórax.
- D) O modo B ofrece unha imaxe bidimensional, constituída por unha escala de grises que definen a diferente ecoxenicidade dos tecidos explorados.

53. De acordo á Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3), dos seguintes enunciados sobre os criterios que definen a falta de control da asma grave, sinale o INCORRECTO:

- A) ACT menor de 20 ou ACQ menor de 1,5.
- B) Limitación crónica do fluxo aéreo (relación FEV₁/FVC menor de 0,7 ou FEV₁ menor do 80 % do predito) despois do uso dun tratamento adecuado (sempre e cando o mellor FEV₁ sexa superior ao 80%).
- C) Dúas ou máis exacerbacións graves ou ter recibido dous o máis ciclos de glicocorticoides orais (de 3 ou máis días cada un) no ano previo.
- D) Unha hospitalización ou máis por exacerbación grave no ano previo.

54. En canto á hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC), sinala a resposta INCORRECTA (Guías de diagnóstico e tratamento da hipertensión pulmonar ESC/ERS 2022):

- A) A anticoagulación terapéutica crónica está recomendada para todos os pacientes con HPTEC.
- B) O cribado de síndrome antifosfolípido está recomendado en pacientes con HPTEC no momento do diagnóstico.
- C) A endarterectomía pulmonar (EAP) cirúrxica é o tratamento de elección para pacientes con lesións accesibles nas arterias pulmonares.
- D) Macicentan está recomendado para pacientes sintomáticos con HPTEC inoperable como primeira opción terapéutica.

55. Trátase dun home de 73 anos diagnosticado de EPOC que presenta un FEV₁ 25% e que ingresou no hospital hai 3 días por dispnea de repouso. Encóntrase a tratamento con osixenoterapia crónica domiciliar a 2 lpm. Nunha revisión nas consultas externas tiña uns valores na gasometría arterial feita con O₂ a 2 lpm de pO₂ 64 mmHg, pCO₂ 57 mmHg, pH 7.38. Ao ingreso presentaba tose con expectoración purulenta. Ademais, páutase Salbutamol e Bromuro de Ipratropio. Á exploración física destaca unha frecuencia cardíaca de 100 lpm e unha frecuencia respiratoria de 36 rpm. Está caquético, con uso de musculatura respiratoria accesoria e sibilancias expiratorias na exploración. A gasometría arterial con O₂ a 2 lpm amosa unha pO₂ 43 mmHg, pCO₂ 63 mmHg e un pH 7.31. Segundo a última actualización da Guía GOLD en pacientes EPOC, cales das seguintes terapias NON producirían un beneficio neste paciente?:

- A) Ventilación mecánica non invasiva.
- B) Continuar terapia con Salbutamol e Bromuro de Ipratropio.
- C) Aumentar o fluxo de osíxeno a 4 litros por minuto.
- D) Corticoides sistémicos.

56. Só un dos seguintes considérase estímulo directo nas probas de provocación bronquial inespecífica:

- A) Exercicio físico.
- B) Respiración voluntaria isocápnica simple.
- C) Metacolina.
- D) Administración de Propranolol.

57. Que variables se inclúen na escala RAPID para establecer o pronóstico dun derramo pleural parapneumónico?:

- A) Idade, función renal, sexo, orixe da infección.
- B) Idade, función renal, albúmina en sangue, orixe da infección, purulencia do líquido.
- C) Idade, función renal, albúmina en sangue, orixe da infección, pH do líquido.
- D) Sexo, función renal, albúmina en sangue, orixe da infección, aspecto do líquido.

58. En relación á proteinose alveolar pulmonar, sinala a resposta INCORRECTA:

- A) En pacientes asintomáticos está indicado o tratamento con factor estimulante de colonias granulocitos-macrófagos (GM-CSF) como primeira opción.
- B) En pacientes con afectación clínica e hipoxemia, está recomendado o lavado pulmonar total.
- C) O tratamento con corticoides non está indicado.
- D) Rituximab empregouse en casos seleccionados non respondedores a lavado pulmonar total ou GM-CSF.

59. No seguemento dun paciente varón de 61 anos nas nosas consultas observamos nunha TAC torácica a aparición dun único nódulo en vidro deslustrado dun tamaño de 10 mm. Segundo as Guías Fleischner do manexo do nódulo pulmonar de 2017, como se debería abordar o seu manexo?:

- A) Se o paciente ten antecedentes de tabaquismo, realizar unha PET-TAC.
- B) Independentemente dos seus antecedentes, realizar unha TAC de control aos 3, 6, 12 e 24 meses.
- C) Se é unha opacidade pura en vidro deslustrado, non precisaría seguemento.
- D) Facer unha TAC aos 6-12 meses para confirmar a súa persistencia, posteriormente unha TAC cada dous anos ata completar 5 de seguemento.

60. Segundo o Documento de Consenso 2021 da ISHLT para a selección de candidatos a transplante pulmonar, todas as seguintes situacións clínicas son susceptibles de ser incluídas en lista activa de transplante pulmonar, EXCEPTO:

- A) Paciente con diagnóstico de FPI, con FVC actual do 35% e FVC dentro dos 6 meses previos maior do 60% en ausencia de agudización.
- B) Paciente con diagnóstico de FQ que presenta hemoptise recorrente a pesar de embolización, e con necesidade de oxíxeno terapia continua.
- C) Paciente con diagnóstico de EPOC con DLCO inferior ao 20%, BODE= 8, PCO₂= 62 mmHg, en programa de ventilación mecánica domiciliaria, e con antecedente de cardiopatía isquémica estable sen eventos agudos nos 5 anos previos e función ventricular conservada.
- D) Paciente con diagnóstico de HTAP severa Grupo I en clase funcional III NYHA, con distancia percorrida en PM6M inferior a 350 metros, previamente a iniciar tratamento médico.

61. Indique cal dos seguintes se considera un factor de risco transitorio maior para TEP (Consenso multidisciplinar SEPAR 2021 para o manexo da tromboembolia de pulmón-TEP):

- A) Encamamento hospitalario inferior a 3 días.
- B) Cesárea.
- C) Cancro activo.
- D) Viaxes transoceánicas.

62. En cal dos seguintes supostos está indicado o tratamento anticoagulante de forma indefinida (Consenso multidisciplinar SEPAR 2021 para o manexo da tromboembolia de pulmón-TEP):

- A) TEP provocada, con factor de risco transitorio maior e resolvido.
- B) Mulleres con TEP idiopático.
- C) Homes con TEP idiopático e elevado risco de sangrado.
- D) Síndrome antifosfolípida.

63. Sobre o tratamento da EPOC estable que propón a última actualización da guía GOLD, cal será o tratamento de inicio para un paciente do grupo B?:

- A) Un LAMA en monoterapia.
- B) Unha combinación LAMA+LABA.
- C) Unha combinación LABA+ICS se as cifras de eosinófilos son maiores de 300 células/ μ l.
- D) Tripla terapia LAMA+LABA+ICS se as cifras de eosinófilos son maiores de 300 células/ μ l.

64. En canto á clasificación clínica da hipertensión pulmonar, cal das seguintes entidades non se inclúe no grupo 1? (Guías de diagnóstico e tratamento da hipertensión pulmonar ESC/ERS 2022):

- A) Asociada a cardiopatías conxénitas.
- B) HAP con características de afectación venosa ou capilar (EVOP).
- C) Microangiopatía pulmonar trombótica tumoral.
- D) Asociada a enfermidade do tecido conectivo

65. Muller de 53 anos, nunca fumadora, con antecedente de asma bronquial intermitente, acode ao Servizo de Urgencias por clínica de dispnea rapidamente progresiva nos últimos días acompañada de tose lixeira non produtiva. Realízase unha gasometría arterial con FiO_2 21% = Ph 7.48, PCO_2 31 mmHg, PO_2 60 mmHg, HCO_3 22, sen obxectivar lesións radiolóxicas pleuro-pulmonares significativas. Cal dos seguintes diagnósticos sería MÁIS probable?:

- A) Crise de ansiedade.
- B) Tromboembolismo pulmonar.
- C) Hiperventilación alveolar central.
- D) Edema agudo pulmonar.

66. Segundo a actualización de 2020 para as Directrices da OMS sobre a prevención da Tuberculose, sinala cal das seguintes afirmacións é FALSA:

- A) Os nenos menores de 5 anos que sexan contacto convivente con pacientes diagnosticados de TB pulmonar bacterioloxicamente confirmada e que, segundo unha avaliación clínica adecuada ou conforme ás directrices nacionais, non teñan unha TB activa, deben recibir tratamento para a TB mesmo se non se dispón de probas de detección de ILTB (infección latente TB).
- B) As persoas que están a comezar un tratamento con anti-TNF, as que están en diálise, as que se están preparando para recibir un transplante de órgano sólido ou hematolóxico, ou os que teñen silicose, deben someterse sistematicamente ás probas de detección e tratamento da ILTB.
- C) Unha persoa de 65 anos, aínda sendo contacto convivente de paciente con diagnóstico de TB pulmonar confirmada bacterioloxicamente, e descartando unha TB activa segundo unha avaliación clínica adecuada ou conforme ás directrices nacionais, nunca debe recibir tratamento para ILTB debido á alta probabilidade de riscos asociados á terapia neste grupo de idade.
- D) Pódese considerar a necesidade de facer probas de detección e tratamento da ILTB en persoas inmigrantes de países cunha alta incidencia de TB.

67. En relación á ventilación mecánica non invasiva en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, e segundo o Sumario de recomendacións SEPAR do 2021, cal das seguintes opcións é FALSA?:

- A) A acidose grave é unha contraindicación.
- B) Diminúe o traballo respiratorio.
- C) Pode axudar ao weaning en pacientes intubados.
- D) Pode reducir a necesidade de intubación orotraqueal.

68. Sinale das seguintes a denominación INCORRECTA:

- A) O volume de aire expulsado desde a máxima capacidade pulmonar (TLC) ata o punto onde xa non é posible expulsar máis aire, permanecendo nos pulmóns o volume residual (VR), denomínase capacidade vital (CV).
- B) O volume expirado desde o punto expiratorio final do volume que manexamos durante a respiración con volume corrente (VC) ata o punto de VR, denomínase volume de reserva expiratorio (VRE).
- C) O volume total que permanece dentro dos pulmóns no punto inspiratorio final do VC denomínase capacidade residual funcional (CRF).
- D) O volume de aire inspirado desde o punto expiratorio final do VC ata TLC denomínase capacidade inspiratoria (CI).

69. Paciente varón de 68 anos fumador activo diagnosticado de EPOC pola GOLD, grado 3, grupo E, que acode a Urgencias por unha exacerbación que se caracteriza por un aumento da súa dispnea basal ata facerse de repouso asociada a tose con expectoración purulenta. Adminístrase tratamento con Salbutamol e corticoterapia, pero o paciente vai empeorando de forma progresiva. Realízase unha gasometría arterial de control onde presenta un pH 7.26, pO₂ 47.6 mmHg e pCO₂ 79 mmHg. Á reavaliación clínica observamos que se encontra nervioso aínda que con tendencia ao sono, e con taquipnea (26 respiracións por minuto). Segundo a última actualización da Guía GOLD, cal é a opción terapéutica máis apropiada?:

- A) Intubar ao paciente e comezar con ventilación mecánica invasiva.
- B) Administrar máis Salbutamol intravenoso ademais de morfina a baixa dose (2.5 mg).
- C) Comezar con ventilación mecánica non invasiva asociada a osíxeno.
- D) Comezar con CPAP asociada a osíxeno.

70. De entre as seguintes opcións, cal NON se corresponde cunha ferramenta predictiva para determinar a probabilidade de AOS?:

- A) Escala de Berlín.
- B) STOPBANG.
- C) Escala de Epworth.
- D) Escala OSA-50.

71. Sinale a resposta INCORRECTA sobre as complicacións da infección por virus Influenza:

- A) O infarto agudo de miocardio pode desencadearse por infeccións respiratorias agudas por virus Influenza.
- B) A pneumonía é unha complicación infrecuente nas infeccións por virus Influenza.
- C) Nos nenos, a complicación máis frecuente adoita ser a otite media aguda e a sinusite bacteriana.
- D) En caso de desenvolvemento de pneumonía como complicación, os axentes causais máis frecuentes inclúen Streptococcus pneumoniae e Staphylococcus aureus.

72. Varón de 66 anos, escasamente fumador na súa mocidade. Empregado de banca xubilado, sen animais de compañía, IMC= 23, cardiopatía isquémica estable sen eventos significativos nos últimos anos. A seguimento nos últimos meses en Consulta de Traumatoloxía e Rehabilitación por afectación do nervio peroneo externo do MID de causa descoñecida e con resultado de debilidade na mencionada extremidade; non ten antecedentes familiares de patoloxía pneumolóxica relevante. Consulta no Servizo de Urxencias por intolerancia ao decúbito de varios meses de evolución sen outra sintomatoloxía respiratoria significativa salvo episodios de disfonía repetidos con frecuencia crecente. Entre os estudos levados a cabo, destaca unha gasometría arterial $FIO_2=21\%$ cos seguintes valores= Ph 7.36, PCO_2 54 mmHg, PO_2 82 mmHg, HCO_3 34, en ausencia de alteracións radiolóxicas. Cal dos seguintes diagnósticos podería ser MÁIS probable?:

- A) EPOC grave agudizado.
- B) Crise moi grave de broncoespasmo de predominio nocturno.
- C) IAM con edema agudo pulmonar.
- D) Patoloxía neuromuscular.

73. Seguindo as últimas recomendacións da SEPAR sobre o diagnóstico e tratamento do derramo pleural, cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA?:

- A) Cando non se dispón dunha mostra sanguínea, a diferenciación entre transudado e exudado pleural, pódese efectuar mediante a determinación das concentracións de colesterol e LDH en líquido pleural.
- B) Os derramos pleurais por insuficiencia cardíaca, identificados erroneamente como exudados polos criterios de Light, pódense reclasificar adecuadamente calculando os gradientes de proteína ou albúmina entre soro/líquido pleural ou medindo as concentracións de NT-proBNP en líquido pleural.
- C) Nos derramos pleurais benignos, a colocación dun catéter pleural tunelizado consegue unha pleurodese espontánea nun maior número de casos que nos derramos pleurais malignos, e cunha menor porcentaxe de complicacións.
- D) A ADA segue constituíndo un dos métodos máis sensibles, específicos, de baixo custo e ampla distribución para o diagnóstico de derramo pleural tuberculoso e debe ser solicitado de rutina na bioquímica de líquido pleural.

74. Se tras a biopsia dunha lesión endobronquial maligna prodúcese un sangrado significativo, que técnica broncoscópica utilizaría preferiblemente para realizar hemostase?:

- A) Plasma de argón.
- B) Braquiterapia.
- C) Broncoscopia con luz de banda estreita (NBI).
- D) Crioterapia.

75. Preséntasenos o caso dun paciente varón de 72 anos cun carcinoma de pulmón non microcítico que debido á súa función pulmonar é inoperable. Cando se podería plantexar a radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) de acordo ás Recomendacións SEPAR de diagnóstico e tratamento do cancro de pulmón de células non pequenas de 2016?:

- A) No caso dun adenocarcinoma T2aN0M0 que afecte ao bronquio principal esquerdo.
- B) Se o paciente presenta un nódulo pulmonar periférico cunha estadiaxe cT1bN0M0.
- C) No caso dun carcinoma de células escamosas que se atopa a menos de 1 cm da aorta e da arteria pulmonar principal.
- D) No caso dun adenocarcinoma de 5 cms en lóbulo superior dereito.

76. Sobre as evidencias e directrices da rehabilitación pulmonar (RP) na EPOC, incorporadas en GesEPOC 2021, sinala a resposta INCORRECTA:

- A) Aínda que se deberían incluír todos os pacientes con EPOC nun programa de RP, a evidencia científica é maior nos pacientes de alto risco.
- B) Os programas de RP adaptaranse ás necesidades do paciente e terán en conta as comorbilidades.
- C) A RP non debe iniciarse durante un ingreso hospitalario, debido a que se asociou cun maior número de reingresos.
- D) Os programas de RP domiciliaria con mínima supervisión mostraron unha eficacia superpoñible á RP convencional realizada no hospital.

77. Paciente EPOC de alto risco basal, que é atendido por unha síndrome de agudización de EPOC. Presenta unha disnea grao 1 da mMRC, frecuencia respiratoria de 28 e SatO₂ basal de 93%. Segundo GesEPOC 2021, como clasificamos a gravidade desta agudización?:

- A) Leve.
- B) Moderada.
- C) Grave.
- D) Moi grave.

78. Sinala a resposta INCORRECTA en relación ao patrón radiolóxico da pneumonía intersticial non específica (NINE):

- A) Pode presentarse en casos de enfermidade pulmonar idiopática ou en casos de toxicidade farmacolóxica, entre outros.
- B) O patrón máis común presenta opacidades en vidro deslustrado con afectación subpleural.
- C) Pode presentar áreas de consolidación, suxestivas de compoñente de pneumonía organizativa.
- D) O panal adoita estar ausente nas fases iniciais de enfermidade.

79. Na última actualización da guía GOLD incorpóranse os novos termos Pre-EPOC e PRISm. Sinala a afirmación CORRECTA respecto a eles:

- A) Os individuos con pre-EPOC son aqueles que teñen síntomas respiratorios e/ou outras alteracións estruturais/funcionais pero sen obstrución na espirometría.
- B) O termo PRISm describe individuos con cociente FEV₁/FVC normal pero FVC menor do 80%.
- C) Os individuos con PRISm teñen maior risco de desenvolver cancro de pulmón que os que teñen pre-EPOC.
- D) Estes pacientes con pre-EPOC e PRISm deben ser tratados, segundo recomenda a guía GOLD, igual que os pacientes co diagnóstico de EPOC confirmado.

80. Segundo a guía GesEPOC 2021, no paciente con EPOC de alto risco, fenotipo agudizador non eosinofílico, en que casos pode estar indicada a combinación LABA+ICS como primeira opción de tratamento inhalado?:

- A) Cando a frecuencia de agudizacións é superior e responderon a corticoides sistémicos.
- B) Cando as cifras de eosinófilos en sangue periférico están por baixo de 100 células/mm³.
- C) Cando o paciente é fumador activo.
- D) Cando o paciente ten antecedentes de pneumonía.

81. Paciente de 59 anos na que vemos por imaxes de TAC torácica un tumor de 35 mm no lóbulo superior esquerdo que invade pericardio parietal e que, ademais se punciona adenopatía 10L sendo esta positiva para malignidade. Segundo a clasificación TNM (8º edición) para a estadificación do cancro de pulmón, cal é o TNM e a estadificación clínica?:

- A) T4N2M0 e estadio IIB.
- B) T2aN1M0 e estadio IIB.
- C) T2aN2M0 e estadio IIIA.
- D) T3N1M0 e estadio IIIA.

82. Nas enfermidades que afectan ao intersticio pulmonar, cal é o achado característico na ecografía torácica?:

- A) Aumento do número de liñas A.
- B) Diminución do número de liñas A.
- C) Aumento do número de liñas B.
- D) Diminución do número de liñas B.

83. Segundo as recomendacións das Guías ASCO 2022 (American Society of Clinical Oncology) no tratamento para o cancro de pulmón de células non pequenas en estadio IV, sinala cal das seguintes recomendacións é **FALSA**:

- A) En pacientes con xene EGFR mutado e un ECOG 0–2 que non foron previamente tratados, sóese tratar con Osimertinib en monoterapia.
- B) En pacientes con reordenación de ALK e un ECOG 0–2 que non foron previamente tratados, sóese tratar con Pembrolizumab.
- C) En pacientes con reordenación de ROS–1 e un ECOG 0–2 que non foron previamente tratados, podería tratarse con Crizotinib ou Entrectinib.
- D) En pacientes con xene EGFR mutado e un ECOG 0–2 que non foron previamente tratados e se Osimertinib non está dispoñible, podería usarse unha combinación de Gefitinib con dobre quimioterapia.

84. Home de 72 anos, exfumador importante, con diagnósticos coñecidos de EPOC con obstrución severa a fluxo aéreo e cardiopatía isquémica con enfermidade de 2 vasos e implantes previos de stents coronarios. Acode ao Servizo de Urxencias por clínica de dispnea progresiva de polo menos 5 días de evolución, tose con expectoración amarelada con maior volume do habitual e dor torácica en hemitórax esquerdo, punzante e que parece aumentar coa inspiración, sen cortexo vexetativo acompañante. Tras a toma de constantes no Box de Urxencias, faise Gasometría arterial basal que mostra hipoxemia grave con moderada hipercapnia sen acidose. Cal dos seguintes estudos complementarios está **MENOS** indicado neste primeiro momento para determinar a causa da sintomatoloxía referida?:

- A) Radiografía de tórax.
- B) Analítica sanguínea.
- C) Electrocardiograma.
- D) TAC torácico.

85. Cal das seguintes **NON** é unha contraindicación absoluta para a realización dunha broncoscopia flexible?:

- A) Insuficiencia respiratoria non corrixible.
- B) Inestabilidade hemodinámica.
- C) Ausencia do consentimento do paciente.
- D) Hipertensión pulmonar grave.

86. Segundo a Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3), cal dos seguintes factores NON se considera de risco para desenvolver asma ocupacional?:

- A) Antecedente persoal de rinite e atopía.
- B) Niveis de exposición.
- C) Idade superior a 30 anos.
- D) Tabaquismo activo.

87. Segundo a última actualización da guía GOLD, sobre outros tratamentos farmacolóxicos para a EPOC, sinala a afirmación INCORRECTA:

- A) A terapia aumentativa intravenosa de alfa-1-antitripsina (A1AT) pode retardar a progresión do enfisema en pacientes con Déficit de A1AT.
- B) O tratamento antitusíxeno mostrou beneficio clínico en pacientes con EPOC.
- C) Os opioides poden ser considerados para tratar a dispnea en pacientes con EPOC avanzada.
- D) Os fármacos aprobados para a hipertensión pulmonar (HP) non se recomendan para pacientes con HP secundaria a EPOC.

88. En relación ao tratamento da infección por virus Influenza, sinala a resposta CORRECTA:

- A) A duración do tratamento con inhibidores de neuraminidasa é de mínimo 7 días.
- B) Os inhibidores da proteína M2 son activos fronte a influenza A e B.
- C) En casos graves, recoméndase a combinación de dous inhibidores da neuraminidasa.
- D) O maior beneficio clínico lógrase cando o tratamento antiviral se inicia tan pronto como os síntomas gripais comezan.

89. Segundo o Documento de Consenso 2021 da ISHLT para a selección de pacientes candidatos a transplante pulmonar, nas consideracións para ter en conta no momento de incluír a un paciente en lista activa para transplante pulmonar, é CERTO que:

- A) É recomendable un IMC menor de 30, pero un IMC= 33 non é contraindicación absoluta.
- B) Un paciente con deformidade severa da caixa torácica, con excelente adherencia ao seguimento e ao programa de rehabilitación respiratoria, debe ser incluído sempre en lista de espera para transplante pulmonar en caso de existir indicación para o mesmo pola súa patoloxía de base.
- C) O antecedente de alcolismo grave con período de abstinencia superior a 1 ano, aínda en presenza de probas de función hepática normais, é contraindicación absoluta para transplante pulmonar polo elevado risco de recaída.
- D) Nun caso de infección por VIH a tratamento activo, con carga viral indetectable, en ningún caso poderá ser candidato a valoración para transplante pulmonar aínda que cumpra criterios pola súa patoloxía de base.

90. Muller de 56 anos, traballadora no cultivo intensivo de champiñóns nos últimos 20 anos, que presenta clínica de dispnea de esforzo progresiva de polo menos 5 anos de evolución, con tose irritativa. O estudo funcional respiratorio amosa diminución lixeira da TLC e moderada da DLCO, e o estudo con TACAR pulmonar mostra predominio de afectación reticular en panal con bronquiectasias de tracción fundamentalmente en rexións inferiores, sen signos de atrapamento aéreo nin zonas de afectación en mosaico. No estudo con BFC obtense BAL con predominio de linfocitos e cociente CD4/CD8 invertido, sen mostra histolóxica. Nesta situación, e segundo a Normativa ATS/JRS/ALAT 2020 para o Diagnóstico de Pneumonite por Hipersensibilidade (NH), cal sería a actitude MÁIS recomendable a seguir?:

- A) Indicar criobiopsia transbronquial.
- B) Establecer diagnóstico de alta probabilidade de fibrose pulmonar idiopática e propoñer inicio de tratamento antifibrótico.
- C) Reconsiderar o diagnóstico de NH e discusión no comité multidisciplinar.
- D) Indicar biopsia pulmonar cirúrxica.

91. Segundo o algoritmo proposto na Guía de Práctica clínica SEPAR para o tratamento farmacolóxico do tabaquismo 2023, para un paciente fumador sen intentos previos de abandono, e que desexa iniciar tratamento de deshabitación, no que se obtivo unha puntuación de 8 no Test de Fageström, cal sería a primeira opción terapéutica farmacolóxica?:

- A) Citisina en monoterapia en todos os casos.
- B) Combinación de Vareniclina e terapia substitutiva con nicotina (TSN) en parches.
- C) Vareniclina en monoterapia en todos os casos.
- D) TSN en parches en monoterapia.

92. Segundo a Guía de Práctica clínica SEPAR para o tratamento farmacolóxico do tabaquismo 2023, nunha paciente na semana 18 de xestación que desexa terapia para deshabitación farmacolóxica, e con fracaso da terapia cognitivo–condutual, cal sería a opción farmacolóxica MÁIS aconsellable?:

- A) Vareniclina.
- B) Terapia substitutiva con nicotina (TSN) en parches.
- C) TSN en goma de mascar.
- D) Citisina.

93. En que patoloxía podemos observar o “signo da medusa” ao realizar unha ecografía torácica?:

- A) Pneumotórax.
- B) Consolidación pulmonar.
- C) Derramo pleural.
- D) Síndrome intersticial.

94. Muller de 32 anos, IMC=32, Médico especialista en Pneumoloxía contratada en exclusiva para cobertura de gardas presenciais hospitalarias, incluíndo 12 quendas nocturnas cada mes, non fumadora e sen outros factores de risco cardiovascular. Ao manifestar presenza de apneas observadas pola súa parella durante o sono, sen ronquidos importantes e con sensación de sono pouco reparador con Epworth= 12, indícaselle facer estudo nocturno con PGR domiciliaria. O estudo arroxa un resultado de IAH= 24 sen predominio postural nin outros datos relevantes incluíndo escasa porcentaxe de ronquido. Segundo o Documento Internacional de Consenso sobre AOS 2021, en relación á prescripción de CPAP nocturna nesta paciente, sinale a afirmación **CORRECTA**:

- A) Dado o antecedente laboral mencionado con repercusión directa na calidade do sono, en ningún caso está indicado iniciar terapia nocturna con CPAP antes de valorar a corrección do hábito de sono.
- B) Está indicada valoración individualizada para inicio de terapia nocturna con CPAP, ademais de medidas adicionais como control de peso e corrección dos hábitos de sono na medida do posible.
- C) O control da obesidade, dado que non existe outro factor de risco cardiovascular, é a única abordaxe recomendada inicialmente nesta paciente.
- D) Dado que non existe ronquido significativo, nesta paciente en ningún caso cabería formular terapia alternativa con DAM.

95. Segundo o Documento Internacional de Consenso sobre AOS 2021, en caso de **NON** manter tratamento con CPAP por falta de indicación inicial, intolerancia ou rexeitamento voluntario do paciente, en cal dos seguintes pacientes sería **MÁIS** previsible o éxito terapéutico tras prescripción de terapia con DAM?:

- A) IMC= 26, IAH 13 (supino 26, non supino 5), Mallampati IV por hipertrofia uvular.
- B) IMC= 42, IAH= 64 (supino 72, non supino 52), Mallampati III.
- C) IMC= 30, IAH= 26 (supino 32, non supino 19), Mallampati I.
- D) IMC= 24, IAH= 32 (supino 41, non supino 31), Mallampati I.

96. A asma é o trastorno respiratorio máis frecuente durante o embarazo, padéceno entre o 2 e o 13% das embarazadas. Segundo a Guía española para o manexo da asma (GEMA 5.3) sinale a resposta **FALSA**:

- A) En relación aos corticosteroides inhalados, tanto a budesonida coma o dipropionato de beclometasona demostraron a súa seguridade durante o embarazo.
- B) Os antileucotrienos deben evitarse durante o embarazo ao constatare en numerosos estudos un aumento das anomalías fetais en relación coa súa administración.
- C) O uso dos agonistas-beta2 adrenérxicos de acción curta no embarazo é seguro, incluso a doses elevadas.
- D) No tratamento das exacerbacións deben seguirse os mesmos algoritmos que nas asmáticas non embarazadas.

97. Na valoración da Dispnea mediante a escala mMRC, sinale a resposta **INCORRECTA**:

- A) mMRC1: fáltame o aire cando me apresuro ao camiñar en chaira ou subir unha lixeira costa.
- B) mMRC2: camiño máis lento que as persoas da mesma idade en chaira por dispnea, ou teño que parar para respirar cando camiño ao meu propio ritmo en chaira.
- C) mMRC3: detéñome para respirar despois de camiñar uns 100 metros ou despois duns minutos camiñando en chaira.
- D) mMRC4: estou demasiado fatigado para saír da casa a camiñar pero non me fatigo ao vestirme ou espirme.

98. En relación á hipertensión pulmonar asociada a enfermidades pulmonares, sinala a resposta INCORRECTA (Guías de diagnóstico e tratamento da hipertensión pulmonar ESC/ERS 2022):

- A) Para pacientes con enfermidade pulmonar e sospeita de hipertensión pulmonar recoméndase optimizar o tratamento da enfermidade pulmonar subxacente.
- B) Non se recomenda o uso sistemático de fármacos aprobados para a hipertensión arterial pulmonar en pacientes con enfermidade pulmonar intersticial e hipertensión pulmonar non grave.
- C) Riociguat está recomendado en pacientes con hipertensión pulmonar asociada a pneumonía intersticial idiopática.
- D) Pódese considerar a administración de Treprostinil inhalado en pacientes con hipertensión pulmonar asociada a enfermidade pulmonar intersticial.

99. Segundo o Algoritmo diagnóstico da Silicose proposto na Normativa SEPAR para o diagnóstico e seguimento da Silicose 2015, cal dos seguintes permitiría descartar Silicose nun traballador asintomático incluído nun cribado laboral?:

- A) Probas funcionais dentro da normalidade, incluíndo volumes totais e difusión pulmonar.
- B) Radiografía de tórax sen alteracións.
- C) Exposición laboral documentada menor de 10 anos.
- D) Confirmación da presenza e uso de medidas ambientais e individuais de protección no posto de traballo.

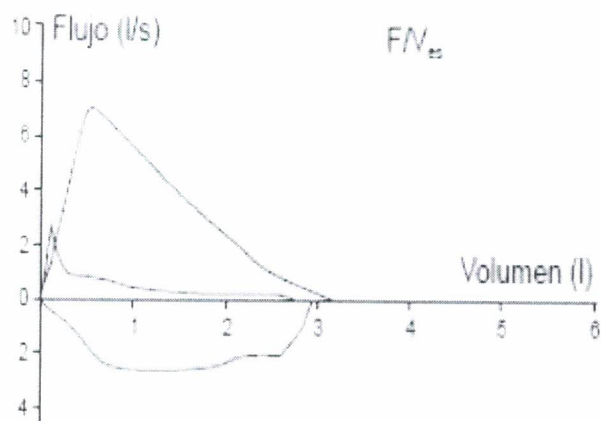
100. Cal dos seguintes fármacos NON se utiliza para a sedación do paciente nunha broncoscopia?:

- A) Midazolam.
- B) Fentanilo.
- C) Propofol.
- D) Lidocaína.

Preguntas de reserva

1. Levamos o caso dun paciente ó Comité de Tumores do noso hospital: paciente de 62 anos cun nódulo pulmonar de 10 mm localizado no lóbulo superior esquerdo e con alta probabilidade de malignidade. Non presenta antecedentes de neoplasia previa coñecida. Realizouse previamente unha broncoscopia onde non se viron lesións intrabronquiais, unha PET cun valor SUVmáx de 4 e unha BAG guiada por TAC cun resultado anatomo-patolóxico negativo para malignidade. Cal sería o seguinte paso a tomar segundo as guías de práctica clínica (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology) de 2018?:

- A) Realizaríamos unha nova broncoscopia cunha biopsia transbronquial.
- B) Se é un nódulo periférico, o que se indicaría sería repetir BAG guiada por TAC.
- C) Se non existe contraindicación, o indicado sería cirurxía con biopsia intraoperatoria do nódulo.
- D) Seguimento con TAC de baixa radiación en 3-6 meses.



2. Home de 67 anos, exfumador con CA superior a 100 paq-ano, IMC= 30 e exposición laboral a asbesto durante máis de 30 anos, que é valorado por dispnea de esforzo progresiva nos últimos anos. Presenta os seguintes datos obxectivos na espirometría forzada (a representación do Gráfico Fluxo-Volumen figura previamente ao enunciado desta pregunta)= FEV1 0.82 L (32%), FVC 1.85 L (74%), FEV1/FVC 0.44. Cal é o diagnóstico MÁIS probable á vista deste estudo?:

- A) Trastorno mixto obstructivo-restritivo por tabaquismo e obesidade.
- B) Trastorno restritivo por patoloxía intersticial posiblemente secundaria á súa exposición laboral.
- C) Trastorno obstructivo con probable enfisema.
- D) Trastorno de predominio restritivo por obesidade.

3. Paciente con dispnea de varias semanas de evolución, que na radiografía de tórax presenta un derramo pleural dereito. Realízase unha toracocentese e o líquido pleural é compatible cun transudado. Cal das seguintes NON sería unha causa do seu derramo pleural?:

- A) Cirrose hepática.
- B) Insuficiencia cardíaca.
- C) Tuberculose.
- D) Síndrome nefrótica.

4. Cal das seguintes é unha contraindicación absoluta para a realización dunha pleuroscopia?:

- A) Cavidade pleural obliterada por adherencias firmes e difusas.
- B) Obesidade mórbida.
- C) Trastorno respiratorio do sono moderado-grave.
- D) Intolerancia á posición en decúbito lateral.

5. En relación á granulomatose eosinofílica con polianxite (GEPa), segundo a Guía Española para o manexo da asma (GEMA 5.3), sinala a resposta CORRECTA:

- A) O Mepolizumab encóntrase aprobado como tratamento adicional en pacientes con GEPa a partir dos 6 anos con enfermidade recorrente-remitente ou refractaria a dose de 300 mg SC cada 4 semanas.
- B) Polo xeral, os ANCA son positivos no 50-60% dos pacientes con GEPa e xeralmente son c-ANCA.
- C) Clinicamente, a GEPa presenta 3 fases que son sempre sucesivas e non se superpoñen, e serían a fase prodrómica, a eosinofílica e a vasculítica.
- D) A maioría dos pacientes con GEPa diagnóstícanse por biopsia (pulmonar, de nervio ou pel).

6. Sinale a resposta CORRECTA sobre as vasculites pulmonares:

- A) A poliartrite nodosa (PAN) é unha vasculite de arterias de pequeno calibre que raramente presenta afectación pulmonar.
- B) A polianxeíte microscópica (PAM) é unha vasculite sistémica caracterizada por inflamación granulomatosa da vía aérea e asociada á presenza de ANCA.
- C) A granulomatose con polianxeíte (Wegener) caracterízase por presentar títulos elevados de p-ANCA en máis do 90% dos casos.
- D) Está descrita a afectación dos sistemas nervioso e cardiovascular na granulomatose alérxica con anxeíte (Churg–Strauss).

7. Como factores de risco para ser portador de enfermidade TB–MDR (TB multirresistente), podemos incluír aos seguintes EXCEPTO:

- A) Convivente ou contacto íntimo de paciente con TB–MDR.
- B) Paciente con baciloscopia negativa ao final do segundo mes de tratamento con esquema que inclúe 4 fármacos de primeira liña, administrado de forma correcta e con melloría clínico–radiolóxica, pero con sensibilidade descoñecida.
- C) Pacientes residentes en institucións pechadas onde houbera casos de TB–MDR.
- D) Infección por VIH.

8. Segundo o Documento de Consenso 2021 da ISHLT para a selección de candidatos a transplante pulmonar, todas as seguintes son contraindicacións ABSOLUTAS para transplante pulmonar, EXCEPTO:

- A) Cirrose hepática con hipertensión portal aínda plantexando trasplante multiorgánico.
- B) Fracaso renal agudo en diálise con baixa probabilidade de recuperación.
- C) Infección VIH con carga viral detectable.
- D) Deterioración cognitiva progresiva.

9. O BSI (Bronchiectasis Severity Index) é un score clínico para avaliar a gravidade das bronquiectasias. Cales das seguintes variables inclúense no cálculo deste índice?:

- A) Idade, índice de masa corporal, grao de dispnea (MRC) e ingresos hospitalarios nos últimos 5 anos.
- B) Idade, FEV₁ (% do previsto), grao de disnea (MRC) e colonización por Pseudomonas aeruginosa.
- C) Idade, número de agudizacións nos últimos 2 anos, grao de dispnea (MRC) e colonización por Staphylococcus aureus metilín–resistente.
- D) Idade, obesidade, ingresos hospitalarios no último ano e gravidade radiolóxica.

10. Sinale a afirmación INCORRECTA respecto á mediastinite aguda:

- A) As causas máis frecuentes son a postoperatoria, por perforación esofáxica e a mediastinite necrotizante descendente.
- B) Os achados típicos suxestivos de mediastinite por perforación esofáxica na TAC torácica inclúen a presenza de aire no mediastino, con atenuación da graxa e coleccións mediastínicas localizadas.
- C) Na mediastinite necrotizante descendente, son factores predispoñentes a idade maior de 55 anos e a presenza de comorbilidades como a diabetes mellitus.
- D) Son factores de risco para o desenvolvemento de mediastinite postoperatoria o xénero feminino e o baixo peso.